



Ordine dei Medici Veterinari
della Provincia di Brindisi

DOMANDA CANCELLAZIONE PER DECESSO

ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI **BRINDISI**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____

in qualità di (indicare il grado di parentela) _____

CHIEDE

che il/la Dott./Dott.ssa _____

iscritto/a a questo Ordine al numero _____ dal _____

sia cancellato/a per decesso avvenuto in data _____

Si allega:

- Certificato di morte
- Tessera riconoscimento professionale
- Fotocopia documento di identità del richiedente

Data _____

Firma _____